

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

N°
510

**Contribution à l'Etude
DU
TRAITEMENT DU BUBON CHANCERELLEUX**

(Méthode de FONTAN modifiée)

PAR

Émile LECOMTE

INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

Président : M. LE PROFESSEUR JEANSELMIE

OLLIER-HENRY
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,
PARIS (VI^e Arr^t)

1920

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude
DU
TRAITEMENT DU BUBON CHANCERELLEUX

(Méthode de FONTAN modifiée)



PAR

Émile LECOMTE

INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

Président : M. LE PROFESSEUR JEANSELMIE

OLLIER-HENRY
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs	M. G.-H. ROGER. MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et Thérapieutiques générales.	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	N.
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ DEBOVE
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.	{ DUPR
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	{ PIERRE DELBET
	{ QUENU
Clinique chirurgicale.	{ LEJARS.
	{ HARTMANN
Clinique ophthalmologique.	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ RIBEMONT-
	{ DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la l'enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOLLETT	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERL	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCOQOT	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SICARD
CHAMPY	TINE	NICLOUX	TANON
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
DESMAREST	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
GREGOIRE	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
	LEQUEUX	BETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le PROFESSUR JEÂNSELMÉ
qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

A MON MAITRE

Monsieur le PROFESSEUR E. BODIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

*Qu'il me soit permis ici de lui témoigner
ma reconnaissance pour les nombreux
conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer
pendant les dures années d'internat
passées dans son service de dermatologie à Rennes.*

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

510

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN GERMAIN
LÉON DESNOS

tué à l'ennemi (Verdun-Juillet 1916).

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

But de cette étude

Le bubon suppuré, d'origine chancrelleuse, constitue une complication relativement assez fréquente du chancre mou. Les divers traitements employés jusqu'ici, ne permettaient d'en obtenir la guérison qu'au bout d'un temps souvent très long.

Donc tout ce qui peut permettre d'améliorer ou de perfectionner ces traitements, dans le sens de la rapidité, et dans celui de la simplicité, tout ce qui facilitera au médecin sa tâche et épargnera au malade des souffrances prolongées, est digne qu'on l'étudie et qu'on cherche à le vulgariser.

La méthode de Fontan, que nous avons vue appliquer dans le service du professeur E. Bodin, nous a paru constituer un réel et important progrès dans le traitement des bubons suppurés d'origine chancrelleuse.

Nous l'avons donc étudiée de près, nous avons consignés ses résultats pour les comparer avec ceux des autres méthodes, et maintenant que notre expérience pratique s'appuie sur un assez grand nombre d'obser-

vations, nous entreprendrons dans cette étude de montrer :

1° La valeur pratique de la méthode de Fontan ; valeur incontestable qui en fait un procédé de choix

2° Nous appuierons cette opinion en exposant le résultat de nos observations.

3° Enfin, nous insisterons sur les détails de la technique de cette méthode sans crainte de répéter ce qui déjà a pu être dit. Certains détails en effet, sont tellement indispensables et de leur observance dépend si souvent la bonne réussite de la méthode, qu'il est nécessaire de les bien mettre en lumière et d'insister longuement et souvent sur leur importance.

PLAN GÉNÉRAL DU SUJET

A) Généralités sur le bubon chancreux : Historique. — Allure clinique. — Pathogénie.

B) Revue des diverses méthodes de traitement du bubon chancreux ;

C) Description détaillée de la technique de la méthode de Fontan. — Ses modifications. — Ses suites. — Sa valeur. — Ses résultats. — Interprétation.

D) Observations.

E) Conclusions.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS SUR LE BUBON CHANCRELLEUX

La lymphadénite due au bacille de Ducrey : agent spécifique de la chancrelle, est l'origine de phénomènes inflammatoires, dont l'ensemble constitue le bubon suppuré.

Historique. — D'après les descriptions des anciens, il y a tout lieu de croire, sans cependant qu'on puisse rien affirmer d'une façon absolue, que le chancre simple et ses complications étaient connues de l'antiquité et du moyen âge.

Hippocrate, déjà, avait mentionné les bubons de l'aîne, survenant à la suite d'ulcérations des organes génitaux. La plupart des auteurs qui suivirent Dioscoride, Marcellus Empiricus, Oribase, Paul d'Egine, Aetius, parlent également des « bubons chancreux ».

Plus tard, c'est dans les textes arabes de Mesne, Avicenne, Albucairs, Avenjoar que nous retrouvons

décrite, d'une façon très nette, l'adénite chancrelleuse.

Guillaume de Salicet, vers le XIV^e siècle, consacre un chapitre de sa chirurgie au bubon ou « dragonneau de l'aine » et il établit sa relation avec les « Corruptions de la verge ».

Cependant, il est permis de douter, et A. Fournier se demande « si ces ulcérations ne seraient pas expliquées par d'autres affections telles que les balanoposthites inflammatoires ou gangréneuses, l'herpès, l'eczéma, l'anthrax, le paraphimosis, la gangrène, le cancer, l'esthiomène. »

Quoiqu'il en soit, Jean de Vigo vers 1517 et Antoine Lecoq en 1548, individualisent les premiers, d'une façon précise, les bubons chancreux. Antoine Lecoq écrit : « quelquefois le virus se jette sur les aines et entuméfie les glandes : si la tumeur suppure, c'est souvent un bien. Cette maladie s'appelle bubon ou poulain, par un trait de raillerie, contre ceux qui en sont atteints, d'autant qu'ils marchent en écartant les jambes comme s'ils étaient à cheval » (De ligno sancto non permiscendo. Ch. 7 1540).

Malgré cela, on a continué pendant longtemps à ignorer la véritable spécificité du chancre simple, et à l'englober avec la syphilis dans la même unité morbide.

Ce n'est qu'après trois siècles de confusion, que Hunter l'individualise définitivement (1780).

Après cela, les progrès furent rapides. Il faut y rattacher les noms de Ricord, de Rollet, de Bassereau, de Jullien, de Strauss, de Maurice Robin, de Ducrey,

d'Unna. Enfin, plus récemment, les travaux de Krefting, d'Audry (1893), de Fournier, de Pétersen viennent clore définitivement les discussions ouvertes.

L'étude bactériologique du bacille, celle de la virulence du pus du bubon, furent faites par Leuglét, Bezançon, Griffon et Lesourd, Dubreuilh, Tomaszewski, Nicosia, Lipuchtz.

Nous exposerons rapidement plus loin les discussions au sujet de la virulence d'emblée du bubon ; discussions qui sont terminées aujourd'hui ; la question étant résolue grâce aux recherches modernes que nous venons de citer.

Le bubon chancrelleux

Nous résumerons ici rapidement le tableau du bubon chancrelleux, tel qu'il se présente en clinique. Ces notions sont nécessaires, pour l'étude que nous voulons entreprendre.

En effet, nous ne pourrions bien comprendre certaines conditions du traitement que nous allons exposer, que si nous connaissons la genèse et les caractères du bubon chancrelleux.

Tel de ces caractères cliniques, tel de ces caractères étiologiques, nous fourniront les explications indispensables pour éclaircir certaines questions du traitement pour savoir pourquoi et comment il agit.

Allure clinique. — On connaît la fréquence du bubon suppuré qui vient s'ajouter au chancre mou.

Les statistiques donnent les chiffres qui varient entre 30 et 40 p. 100. On voit que c'est une complication relativement très fréquente de la chancrelle.

Les marches, les fatigues, l'absence de soins locaux, y prédisposent. Le bubon peut apparaître dès le début, au cours de l'évolution, ou même après cicatrisation du chancre.

Nous insistons sur ce dernier mode d'apparition car un examen trop superficiel peut alors laisser ignorer la nature de l'abcès contre lequel il faut agir, et partant, priver le malade des bénéfices qu'il retirerait d'un traitement spécial. Une telle différence de temps et de facilité existe, le traitement des adénites suppurées à cocci ordinaires et celui du bubon chancrelleux qu'il ne peut être indifférent de se trouver en présence de l'un ou de l'autre.

Donc, en présence d'un bubon suppuré de l'aine ne s'accompagnant pas d'une ulcération de la verge, il faut toujours penser, néanmoins, à la possibilité du chancre mou, et interroger le malade dans ce sens.

La suppuration ganglionnaire s'annonce par une douleur sourde, qui va en croissant, et finit bientôt par devenir lancinante, intolérable, empêchant le repos et le sommeil.

En même temps, au point de vue des signes physiques, le ganglion se tuméfie, les tissus ganglionnaires s'infiltrant, ce qui rend difficile la localisation nette, au palper, le ganglion malade,

La peau est rouge, recouvrant une tumeur mal limitée, dure et douloureuse.

Le processus inflammatoire suit son cours, et quand l'abcès est constitué ou constaté :

A l'inspection, une tumeur recouverte par une peau rouge sombre, amincie. Cette tumeur dont le volume peut atteindre celui d'un œuf de dinde est fluctuante à la palpation. Si on laisse les choses aller, le pus se fait jour par ouverture spontanée et on est alors en présence d'une ulcération « à fond déchiqueté et vermoulu, à bords taillés à pic, festonnés et décollés, laissant sourdre un pus sanieux, roussâtre, fétide. Les douleurs sont cuisantes, et l'ulcération augmente progressivement, d'où décollement, gangrène moléculaire, suppuration prolongée, et, par suite guérison très lente et cicatrice vicieuse. » Dans la règle, l'ulcération se chancrellise, il se forme des clapiers serpigineux et des fistules secondaires,

Pathogénie. — Le pus qui s'écoule de ce bubon est-il virulent ? Cette question a soulevé des discussions passionnées. Maintenant elle est définitivement résolue par l'affirmative.

Ricord, le premier qui ait étudié sérieusement la question, pensait, d'après une statistique de 382 bubons dont le pus avait été inoculé, que la virulence était relativement rare, puisqu'il n'avait obtenu que 63 résultats positifs. Néanmoins, cette virulence existait.

En novembre 1884, Strauss, d'après le résultat de ses recherches, établissait dans une note à la Société de

Biologie, que le pus des bubons n'était pas virulent d'emblée, mais qu'il fallait une contamination secondaire pour que l'inoculation soit positive.

Bientôt cependant, Horteloup et Fournier protestèrent : d'autres xénéréologues constataient des cas très positifs, à côté de cas où ils croyaient les bubons absolument dépourvus de microbes.

Enfin, d'après les recherches récentes de Dubreuilh et grâce à la méthode de cultures sur sang gélosé de Bezançon, Griffon et Le Sourd, on peut déceler, dans la plus grande partie des cas, le bacille dans le ganglion suppuré. Tomaszewski, Nicosia et d'autres ont montré que, dans une très forte proportion le bubon est toujours dû à l'immigration des strepto bacilles partis du chancre, et se propageant par voie lymphatique.

Quand la virulence paraît ne pas exister « dès l'ouverture du bubon, le plus souvent elle reparait les jours suivants, sans qu'il y ait infection provenant de l'extérieur, mais par l'apparition dans le pus des bacilles provenant des parois du foyer ».

Comment maintenant établir une classification rationnelle des divers bubons que nous pouvons rencontrer au cours d'un chancre-mou ?

1° Plaçons tout d'abord le bubon inflammatoire simple, à staphylocoques ou à streptocoques, qui est très rare, mais peut exister néanmoins et dont le traitement doit être celui des abcès ordinaires.

2° Dans presque tous les cas il s'agit de bubon dont le pus contient du bacille de Ducrey.

Cette virulence, établie par les travaux que nous venons de citer, peut être primitive c'est-à-dire qu'on y retrouve, dès l'ouverture, le bacille de Ducrey, émigré du chancre initial par la voie lymphatique.

Elle peut être secondaire ; et ici deux cas se présentent :

a) On ne décèle pas dans le pus, le germe spécifique immédiatement, mais quelques jours après l'ouverture de l'abcès. Il n'est pas, dans ce cas apporté de l'extérieur, mais il vient tout simplement des parois du foyer. Ce n'est pas une virulence secondaire à proprement parler, mais une virulence primitive retardée.

b) Il s'agit d'un bubon inflammatoire simple, qui se chancrellise, après ouverture, par apport direct du bacille de Ducrey venu d'un chancre voisin. Dans ce cas le pus est bien à bacille de Ducrey, et c'est là, au sens exact du tissu, la virulence secondaire proprement dite.

3°. Le bubon dit stérile, dans lequel on ne parvient pas, par les moyens de culture, à décelé la présence du bacille de Ducrey. Il semble que cette stérilité ne soit en réalité qu'apparente ; et qu'on prenne pour un amicrobisme, un microbisme restreint. Les bacilles de Ducrey, comme nous le verrons plus loin, sont en effet, très peu nombreux au niveau de l'adénite suppurée. Néanmoins cette stérilité est possible et peut s'expliquer par l'action de la toxine secrétée par le bacille, et qui, remontant jusqu'au ganglion lymphatique y déterminerait le processus purulent dépourvu de germes.

4°. Enfin signalons pour mémoire, le bubon chan-

C. *Bubons stériles.*

- a) Stérilité apparente. — rareté des bacilles de Ducrey.
- b) Stérilité vraie. toxine.

D. *Bubons chancrelleux d'emblée.* — Bubons à bacilles de Ducrey, le chancre ayant passé inaperçu.

La conclusion que nous pouvons tirer de tous ces faits est que, dans presque tous les cas, le bubon suppuré compliquant l'évolution du chancre mou, est un bubon à bacille de Ducrey. Ceux-ci y sont peu abondants ou rares.

Donc, en pratique, ce que nous aurons à combattre c'est le bacille de Ducrey. C'est lui l'ennemi le plus fréquent, le plus probable.

Connaissant sa sensibilité très grande, son peu de résistance, nous pouvons dès maintenant supposer qu'il sera facile de stériliser rapidement un abcès dont il est l'agent. Avant de décrire la méthode qui nous paraît la meilleure pour atteindre ce but, méthode qui fait l'objet de cette étude, nous allons passer rapidement en revue les différents procédés préconisés jusqu'à maintenant pour combattre le bubon chancrelleux.

CHAPITRE II

REVUE DES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES BUBONS CHANCRELLEUX

A. — *Incision simple.*

Ce procédé classique ne diffère en rien de l'ouverture banale d'un abcès chaud. Le bubon ouvert on l'irrigue avec une solution antiseptique et on le panse avec des poudres, en général, à base d'iodoforme. Cette méthode, d'un emploi courant, a l'inconvénient de nécessiter un traitement de longue durée : 25 à 30 jours en moyenne, et de laisser des cicatrices disgracieuses.

B. — *Méthode des résolutifs fondants.*

Elle consiste dans l'emploi de pommades ou d'emplâtres qui fondent sur la tumeur (Malgaigne). L'efficacité en est constable.

C. — *Méthode du vésicatoire de Velpcau-Guérin.*

Douloureuse, sans chance bien grandes de résultats heureux, on ne l'emploie plus guère aujourd'hui.

D. — *Méthode des caustiques (Melchior-Robert).*

La technique consiste à faire suppurer des escharres obtenues par la pâte de Vienne, au moyen de pâte épispastique. Elle est à abandonner.

E. — *Méthode des compressions.*

Employée un moment par Fournier, elle fut jugée ensuite inactive et inopportune.

F. — *Procédés abortifs.*

Nous nous étendrons un peu plus sur ces procédés, parce que leur principe, intervention précoce, est celui qui a inspiré la méthode de Fontan.

1^o *Méthode abortive de Broca.*

On ponctionne le ganglion, avant même que la présence du pus ne soit démontrée, et on en retire un liquide mal lié, qui est du pus non encore formé. On fait suivre cette opération d'une injection iodée. Cette méthode, très douloureuse, demande à être renouvelée quotidiennement.

2^o *Procédé d'extirpation chirurgicale.*

Ce procédé consiste dans l'ablation large du bubon, faite dans les premiers jours, avant que le pus ne soit collecté.

Il s'agit ici d'une véritable opération chirurgicale, dont la description ne rentre pas dans le cadre de notre sujet. Gaymard a consacré sa thèse (1913) au traitement opératoire des adénites iliaques chancrelleuses. L'intervention type consiste dans l'extirpation du bubon iliaque et du bubon inguinal.

Cette méthode, qui n'est pas à la portée de tous, parce qu'elle nécessite des mains expérimentées et un

outillage chirurgical complet est, par cela même à éloigner de la pratique courante. Qu'il nous suffise de dire ici que les résultats en sont excellents, pour peu, bien entendu, que l'opération soit bien conduite ; il est peut être à regretter qu'on ne puisse en vulgariser l'emploi.

3. *Méthode de Goubeau.*

Nous nous reportons, pour cette méthode, dont nous n'avons aucune expérience, à la thèse que Poirson lui a consacré.

Pour les bubons non encore ramollis, on injecte en plein ganglion 1 à 2 cmc d'une solution aqueuse d'arséniate de soude à 1 p. 100 soit 0 gr. 01 à 0 gr. 02 d'arséniate. Si cela est nécessaire, on renouvelle l'injection tous les deux jours.

Pour les bubons suppurés, non ouverts, on ponctionne l'abcès pour le vider, et on y injecte 2 cmc de la solution d'arséniate de soude à 1 p. 100.

On répète cette opération tous les jours.

La guérison, dans ces cas, est obtenue en moyenne au bout de dix huit jours de traitement.

Balzer dans le Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique recommande le traitement préconisé par Cordier et par Lang' et qui consiste à injecter de la pâte de Socin après avoir lavé la cavité de l'abcès avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100. Le pansement est à renouveler quotidiennement pendant deux ou trois jours. La guérison peut être obtenue en une semaine ou deux, en moyenne, et avec des cicatrices insignifiantes.

Le drainage filiforme avec lavage avec solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 est aussi un bon procédé.

On voit à la lecture de ces divers procédés que le besoin se fait sentir d'une méthode facile à appliquer en pratique courante, permettant de réaliser une guérison complète en peu de temps. Ces avantages se trouvent réalisés par un procédé abortif dont nous sommes redevables à Fontan et à l'étude duquel nous allons maintenant passer.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE DE FONTAN

SA TECHNIQUE ET SES MODIFICATIONS.

SA VALEUR. — SES RÉSULTATS — INTERPRÉTATION.

I. — *Méthode de Fontan* proprement dite.

La technique de la ponction suivie d'injection modificatrice pour la stérilisation des adénites chancrelleuses simples a été décrite pour la première fois par Fontan dans les Archives de Médecine navale en 1889. Elle comportait alors six temps que son auteur désignait comme suit :

1° *Lavage antiseptique de la région.*

2° *Ponction pratiquée avec un bistouri à lame étroite au point le plus fluctuant.*

3° *Évacuation du pus par malaxation, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus qu'une sérosité fluide, teintée de sang.*

4° *Déterger la poche des détritits sphacèles et du reliquat des matières purulentes que la malaxation n'aurait*

pu chasser, par lavage avec une solution antiseptique (liqueur de Van Swieten dédoublée, à la température de 45°).

5° *Injection dans la poche de vaseline iodoformée au I/10, portée à 45° et ne distendant pas la poche.*

6° *Recouvrir la plaie d'un tampon imbibé de solution mercurielle et de gutta percha maintenu par un spica.*

A l'aide de cette méthode, Fontan avait obtenu des résultats très satisfaisants, en tout cas infiniment supérieurs à ceux que les autres méthodes employées permettaient d'espérer. La statistique suivante, publiée dans le même journal en fait foi :

Durée du traitement pour 100	Méthode Fontan	Méthodes diverses
0 à 10 jours	68	8
10 à 15 jours	17	10
15 à 20 jours	4	22
20 à 30 jours	3,4	24
Insuccès	7,6	36

On voit donc qu'une méthode qui ne donne qu'une proposition de 7,6 d'insuccès, contre un chiffre de 36 pour les autres procédés méritant d'attirer l'attention.

Elle souleva de nombreuses objections. Sans les passer toutes en revue, nous dirons simplement que les reproches qu'on lui adressait, avec des cas d'insuccès à l'appui, sont plutôt imputables à un mauvais emploi de la technique, qu'à cette technique elle-même.

En effet, dans la plupart des cas observés, on attendait beaucoup trop tard pour intervenir. Se fondant sur ce principe qu'il est inutile d'ouvrir un bubon qui ne

suppurera peut-être pas, on différerait l'acte opératoire, et l'on ne se décidait à inciser qu'après envahissement du derme et vésiculation de l'épiderme.

Certes semblable expectative, si elle ne laissait rien à désirer, dans le domaine de la prudence, ne pouvait pas fournir aux statistiques méthode de Fontan, de nombreux cas dans les colonnes de succès.

Une telle objection n'infirme donc en rien le principe de la méthode, modifiée et encore modifiable ; elle nous a paru excellente, pour peu, bien entendu qu'on sache s'en servir, et qu'on attende pas indéfiniment le moment de l'appliquer.

II. — *Modifications de la méthode de Fontan*

Les modifications qu'a subies la méthode de Fontan, en passant par les mains de différents auteurs, portent toutes sur la nature du topique actif injecté.

Beaucoup suppriment le 4^e temps de la technique type telle que nous l'avons résumée au début de ce chapitre, c'est-à-dire qu'on juge inutile de déterger la poche des grumeaux purulents ou des lambeaux de sphacèle qui pourraient y rester, à l'aide d'une solution antiseptique.

La technique générale reste la même.

Seulement on a prétendu que l'injection, dans la cavité, de vaseline iodoformée distendait la poche : le corps introduit sous tension constituant ainsi un obstacle au rapprochement de ces parois en favoriserait le décollement.

C'est dans le but d'obvier à cet inconvénient plutôt théorique que réel, qu'on a fait varier jusqu'à l'infini la formule des corps modificateurs injectés.

Les uns emploient des solides, les autres des solides amenés par la chaleur à l'état de fusion, de façon à faciliter leur pénétration dans la poche à combler et qui s'y solidifieront après, par refroidissement. C'est ainsi qu'on a préconisé l'emploi de la vaseline fondue.

Quelque soit d'ailleurs l'état physique auquel on préfère recourir, le corps que l'on peut utiliser ainsi n'est que le support, le véhicule en quelque sorte de l'agent véritablement actif. Ce dernier ne varie pas et on y a toujours eu recours jusqu'ici ; je veux parler de l'iodoforme. C'est à ce corps dont l'efficacité thérapeutique et presque spécifique pour les infections à bacille de Ducrey, que l'on s'adresse, et si le « vecteur » qui sert à le mettre en contact avec l'agent microbien piogène peut varier quant à sa nature ou à sa consistance, lui ne change pas, et on le retrouve figurant dans toutes les pommades données jusqu'ici.

Dans la formule de Dinet, il est dissous dans l'huile, la solution se fait au bain marie, dans les proportions suivantes :

Iodoforme : 1 gramme ;

Camphre : 3 grammes ;

Huile d'olive : 100 grammes.

Dans le service de M^r le Professeur Jeanselme où l'on emploie une telle solution, on vide la poche remplie de cette huile iodoformée, au bout de 4 ou 5 jours.

Bory a, dans la formule ci-dessous, modifié un peu les proportions, élevant celles de l'iodoforme et substituant au camphre le xylol.

A l'aide de l'émulsion dont voici la formule :

Iodoforme	1 gramme.
Xylol	10 grammes.
Huile d'olive	40 grammes.

M. Hudelo a obtenu, sur un total de 17 cas traités, 7 cicatrisations en 8 jours, 6 en moins de 15 jours, une en 3 semaines et simplement 3 insuccès dus à un décollement persistant.

Ici, on renouvelle l'émulsion chaque jour. Elle n'est ainsi laissée en contact avec la poche du bubon que 24 heures. Au bout de ce temps on l'exprime et on la remplace par une quantité égale d'émulsion neuve. Et ainsi jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue. L'accrolement de la poche apparaît en général très tôt : vers le deuxième ou troisième jour.

Poey, dans sa thèse de 1919, qu'il consacre au traitement du bubon chancreux par la méthode de Fontan modifiée, indique la méthode employée par Audry dans son service de dermatologie et de syphiligraphie à Toulouse.

Ici, l'on se sert, soit d'iodoforme en poudre que l'on introduit à l'intérieur de la cavité à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un trocart, comme guide, et de la sérosité qui succède à l'expression comme vésicule, soit encore de glycérine iodoformée. On saupoudre d'iodoforme les bords de la plaie, et l'on applique un panse-

ment sec avec de la gaze stérile et un imperméable.

On voit donc que, d'une façon très générale, quels que soient les changements apportés au corps employé, dans l'injection modificatrice, le topique actif ne varie pas.

On peut imaginer encore divers procédés plus ou moins ingénieux pour amener au contact des tissus enflammés et suppurants un agent microbicide toujours le même, l'iodoforme dont l'action thérapeutique est indiscutable.

Grâce aux malades relativement nombreux que nous avons été à même de suivre dans le service du Docteur E. Bodin ; profitant d'autre part de l'expérience acquise par notre Maître, il nous a été possible de constater les bons résultats obtenus à l'aide de la méthode de Fontan.

C'est cette méthode, modifiée légèrement par le docteur E. Bodin, de façon à présenter le maximum de garanties et à assurer les plus grandes chances possibles de succès que nous allons maintenant décrire.

Nous ne craignons pas d'entrer dans les détails qui peuvent paraître inutiles à première vue, mais à l'observation desquels le succès de la méthode nous a paru bien souvent tenir.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE SPÉCIALE

A. — *Indication et choix du moment de l'intervention.*

L'existence d'une adénite inguinale accompagnant le

ou les chançres mous, et menaçant de suppurer, justifie l'intervention abortive qui, si elle réussit, évitera au malade un séjour hospitalier prolongé avec une suppuration longue et ennuyeuse l'exposant à des complications secondaires et pouvant être graves.

Le choix du moment de l'intervention constitue un des points délicats de cette méthode. Nous avons vu que c'est pour s'être trompé à ce sujet et pour avoir retardé l'instant opératoire, qu'on a pu pouvoir discréditer la technique proposée par Fontan.

Il faut ici posséder une sorte de sens clinique qui fera prévoir au médecin que le moment d'agir est venu. Les ganglions inguinaux sont gros, douloureux, la tuméfaction augmente. La suppuration est imminente. Alors il ne faut jamais perdre de vue la région inguinale du malade. Les doigts l'explorent chaque jour ; car dès qu'ils sentiront, au niveau d'un des ganglions enflammés une fluctuation nette révélatrice d'une petite collection purulente, c'est que l'instant d'intervenir est arrivé. En effet, nous avons vu les inconvénients qu'il y aurait à laisser progresser une telle collection purulente, plus le décollement sera étendu, moins les chances de réussite seront nombreuses. La fluctuation nette sera donc le signal de l'opération.

B. Contre indications.

Il n'en existe pas à proprement parler.

L'existence d'une polyadénie n'en constitue pas une, ainsi que le montre Poey dans sa thèse ; d'autre part, un ganglion qui suppure déjà depuis assez long-

temps et au niveau duquel le décollement est assez étendu, offre un terrain évidemment moins favorable pour la réussite de la méthode abortive mais il peut y avoir des succès incontestables. Une telle éventualité n'est donc pas une contre indication, mais tout simplement une condition défavorable. Poey dit, dans sa thèse, qu'il ne considère pas la fistulation du bubon après ouverture spontanée ou provoquée comme une contre indication. Il a obtenu la cicatrisation rapide de fistules durant depuis plusieurs mois par le procédé de Fontan. L'expérience nous manque à ce sujet. Nous voulions mentionner simplement qu'un bubon ouvert et fistuleux peut être traité par l'injection modificatrice, avec des chances de succès.

C. Objets nécessaires.

Il n'est pas besoin d'un matériel compliqué et coûteux pour pratiquer une opération de ce genre.

Nous donnons ici la liste des instruments dont nous nous sommes servis, sans que jamais rien ne nous fasse défaut. On devra avoir à sa disposition :

1°. Un bistouri à lame étroite.

2°. Une seringue en verre à injections uréthrales. L'extrémité effilée de cette seringue aura été préalablement et une fois pour toute coupée, de façon à présenter une lumière de 3 à 4 mm. de diamètre. Un tel diamètre permettra à la vaseline refoulée par le piston de sortir facilement en boudin et de venir remplir la poche du bubon.

3°. De la vaseline iodoformée à 10 p. 100 que l'on

emploiera à l'état solide.

4° Une spatule à l'aide de laquelle on remplira la seringue de vaseline iodoformée, en l'introduisant par l'extrémité la plus large, le piston ayant été enlevé.

Nous pensons en effet, comme l'indiquent Dubreuilh et Mallein dans la Presse médicale du 11 juillet 1918, qu'il n'est pas du tout nécessaire que la vaseline soit fondue pour que son introduction dans la seringue soit facilitée. En tout cas, avec le procédé de la spatule que nous indiquons ici, et que nous avons toujours vu employer dans le service du Professeur E. Bodin nous n'avons jamais eu d'ennuis, ni éprouvé de difficultés. Il offre l'avantage d'être d'une extrême simplicité, de ne nécessiter aucune transformation préalable du corps que l'on emploie et qui, ainsi modifié, serait toujours plus ou moins délicat à manier.

En effet, la vaseline fondue présente l'unique avantage de pouvoir être aspirée par la seringue comme un liquide ordinaire. Elle est alors injectée, mais, dans ce cas, très fluide ; elle ne se solidifie pas de suite et ressort fatalement, en si petite quantité que ce soit, de la poche du bubon. Or il importe qu'elle y demeure pour réaliser une sorte de pansement occlusif. Si on veut l'employer moins fluide, c'est-à-dire à une température voisine de son point de solidification, on n'aura aucun des avantages du corps en fusion et tous les inconvénients dus aux manifestations antérieures destinées à obtenir cette fusion.

5° Un bock à injection, avec une solution de permanganate de potasse de 1 p. 4/000.

6° Un morceau d'emplâtre adhésif à l'oxyde de zinc ou d'emplâtre rouge de Vidal.

7° Enfin, j'ajoute qu'on fera bien d'avoir à sa disposition une ou deux pipettes stériles, destinées à recueillir aseptiquement le pus, dès l'ouverture du bubon, de façon à pouvoir pratiquer des recherches bactériologiques dont nous signalerons plus loin l'intérêt.

D. Manuel opératoire.

Cette méthode comporte un temps parfois très douloureux et nous pensons que pour épargner au patient une douleur inutile, pour éviter à l'opérateur d'être gêné par les mouvements de défense du malade, de lui donner un peu de Kélène.

A. Le malade étant endormi, les soins préliminaires pris, c'est-à-dire désinfection des mains de l'opérateur et de la région à opérer, le moment d'agir est venu. L'intervention comporte cinq temps que nous allons détailler les uns après les autres.

1^{er} temps. — L'opérateur saisit son bistouri à lance étroite de la main droite et, tandis qu'avec la main gauche il tend la peau au point le plus fluctuant, il ponctionne ce point avec la pointe de l'instrument tenu perpendiculaire. L'incision ainsi faite doit être parallèle à la direction du pli de l'aîne et ne pas dépasser 1 cm. ou 1 c. 5 de longueur. Il faut donc, non pas trancher, mais simplement piquer et enfoncer.

Par l'ouverture ainsi pratiquée, le pus s'écoule à

l'extérieur, et nous passons au deuxième temps de l'opération.

Nous intercalons entre le 1^{er} et le 2^e temps un temps secondaire, qui n'est pas indispensable, mais qu'il est préférable de suivre.

Au moment où le pus s'écoule, on peut en prélever une certaine quantité à l'aide d'une pipette stérile. L'échantillon ainsi recueilli sera examiné ultérieurement, au point de vue bactériologique. Nous verrons que c'est par des examens multiples de ce genre que nous avons pu tirer des conclusions sur la façon dont agit la méthode de Fontan. Par conséquent, nous recommandons de les pratiquer systématiquement, les réponses qu'on peut en tirer ayant d'autant plus de valeur, qu'elles se fondent sur un plus grand nombre d'examens.

2^e temps. — C'est le temps douloureux par excellence si le malade n'est pas endormi. Le but à atteindre est de vider complètement la collection purulente et, pour y parvenir, il faut exercer sur la région des pressions douces, mais suffisantes pour évacuer le contenu de l'abcès. La manœuvre consiste donc à exprimer la poche comme on exprimerait un fruit. On y arrive en malaxant méthodiquement la base du bubon, et en faisant sourdre peu à peu tout le pus qui s'y trouve avec une sonde cannelée s'assurer qu'il ne subsiste pas de diverticules.

3^e temps. — Ceci fait, il reste encore au fond de la cavité à peu près vidée, des débris purulents, des lambeaux de tissus sphacelés qui n'ont pas été entraînés par l'action mécanique des mains. Il faut les faire sor-

tir, et nous n'insisterons jamais trop sur cette nécessité, qui fait de ce temps de notre opération un temps capital. En effet, le succès de l'intervention en dépend. Mieux le bubon sera vide, plus l'on aura de chances de réussite. On conçoit facilement que si l'on laisse au fond de la cavité ouverte, une petite cavité secondaire, remplie de pus, sorte de diverticule mal ouvert et difficilement évacuable, on conçoit, dis-je, que le pansement occlusif pratiqué a toutes chances de demeurer inefficace et l'on verra quelques jours plus tard se former un nouvel abcès avec fistule et écoulement de pus.

Donc il est nécessaire de faire table rase de tous les éléments pathologiques contenus dans la coque ganglionnaire. La plus grande partie a disparu après le deuxième temps de l'opération. Pour parachever on pratiquera, à l'intérieur de la cavité, un lavage avec une solution antiseptique faible.

Dans la méthode initiale de Fontan on avait recours à la liqueur de Van Swieten dédoublée à la température de 45°. Nous préférons employer une solution de permanganate de potasse à 1 p. 4.000. On place cette solution dans un bock ordinaire muni d'un caoutchouc dont l'extrémité porte une petite canule de verre. On introduit cette canule par la petite incision faite au début et on lave ainsi méthodiquement la poche. Au début, on voit le liquide, qui en ressort, chargé de débris de bouchons purulents, de lambeaux, de tissus mortifiés. Puis, peu à peu, la solution repasse, claire. Alors tout le pus est évacué. Pour obtenir ce résultat il faut généralement un litre de solution.

En présence maintenant d'une cavité biennettoyée; il faut procéder à l'injection de vaseline iodoformée.

4^e temps. — Nous avons déjà parlé des différents corps employés dans la méthode de Fontan ou dans celles qui en dérivent, sans revenir sur la discussion qui a trait à l'usage de corps solides ou liquides, nous nous bornerons à indiquer ici que nous nous servons de la formule la plus simple et la plus pratique. Nous employons la vaseline iodoformée à 10 p. 100. Nous avons déjà indiqué le modèle de seringue à bout coupé dont nous nous servons et la façon dont nous remplissons cette seringue à l'aide d'une spatule. On adopte la petite extrémité de cette seringue aux deux lèvres de l'incision pratiquée au début. Il faut que la coaptation se fasse de telle façon que l'effilure de la seringue occupe toute l'ouverture, et c'est pour cela qu'il est nécessaire de ne pas faire une plaie trop étendue.

Ceci fait, on pousse doucement le piston, pour que le boudin de vaseline pénètre dans la cavité de l'abcès. Il faut que toute la poche soit remplie et l'on s'en rend compte par la distension qui donne à la palpation une sensation de semi fluctuation. Il est le plus souvent nécessaire de recharger la seringue une ou plusieurs fois de suite.

Quand la cavité bubonique est totalement occupée par la vaseline iodoformée, l'opération est pratiquement terminée. Il ne reste plus qu'à passer au 5^e temps.

5^e temps. — C'est le pansement consécutif. Pour que le corps actif que l'on vient d'introduire ne sorte pas de

l'abcès on applique sur l'incision un carré d'emplâtre adhésif à l'oxyde de zinc ou d'emplâtre rouge de Vidal ; à leur défaut, on peut se servir d'une bande de leucoplaste. On recouvre le tout d'un pansement sec légèrement compressif.

Suites opératoires

On laisse le malade au repos, couché ; on le surveille journellement.

Deux ou trois jours après l'intervention, nous recommandons de décoller le carré d'emplâtre adhésif qui obture la poche. Alors, on constate l'issue d'une certaine quantité de vaseline iodoformée. Elle peut s'accompagner d'un peu de serosité, mais dans la majorité des cas il n'y a pas du pus. Il est bon de faire un peu d'expression pour évacuer la vaseline qui pourrait être en trop grande quantité et dont la présence empêcherait l'accollement des parois de la cavité : Les douleurs cessent dès les premières heures qui suivent l'opération. Les signes de l'inflammation régressent rapidement ; la peau reprend son aspect normal et quand l'opération a réussi, la cicatrisation est obtenue vers le 5^e ou 6^e jour. Le malade peut alors se lever et reprendre ses occupations. Un peu d'empâtement seul persiste un certain temps. Il ne subsiste plus qu'une cicatrice très minime.

Ce processus rapide de guérison se constate dans le plus grand nombre des cas, et fait de cette méthode très simple une méthode de choix.

Cependant, elle peut échouer. Dans ce cas, on consi-

tate vers le 2^e jour au moment où l'on renouvelle la rondelle d'emplâtre adhésif, que les lèvres de l'incision n'ont aucune tendance à la cicatrisation et qu'il s'écoule sous l'influence de la pression un peu de pus. Cet écoulement devient de plus en plus abondant et un nouvel abcès se reforme, ou plutôt l'ancien abcès reprend.

Quelle est alors la conduite à tenir ?

Dans le service du Docteur E. Bodin, où nous avons pu observer quelques cas de ce genre, nous avons vu que le meilleur procédé est d'intervenir immédiatement.

Il ne faut pas attendre un accollement des parois de la cavité, qui ne se fera plus que suivant le mode ordinaire des bubons traités par l'incision simple. Le mieux est de débrider largement. Donc, dès que l'on a constaté l'échec total ou partiel de l'opération, dès que l'on a vu s'écouler à l'extérieur du pus franc, on agira.

Pour ce, on introduit une sonde cannelée dans la cavité, et on incise largement sur elle, de façon à ouvrir complètement l'abcès.

Il ne reste plus maintenant qu'à panser comme pour un bubon ordinaire traité par l'incision simple.

On voit tout de suite que, si la méthode de Fontan échoue, cet échec ne constitue néanmoins aucun danger et ne rapporte au malade que l'ennui d'être traité comme il aurait pu l'être et l'est encore d'ailleurs dans bien des cas.

Nous terminerons maintenant ce chapitre, en essayant, après avoir exposé la technique légèrement modifiée que nous employons, de juger la valeur

qu'elle présente et d'indiquer les raisons qui doivent la faire préférer aux autres méthodes.

Valeur de la méthode. Statistiques.

Rien ne peut sans doute mieux faire juger de la valeur d'une méthode que des chiffres.

Cependant, avant de présenter des statistiques et de les comparer entre elles, nous ne craignons pas de louer une fois de plus l'extrême simplicité à tous points de vue de cette technique, simplicité qui en fait un instrument à la portée de tous. Point n'est besoin d'un outillage compliqué, perfectionné, ou coûteux ; aucun des temps de notre opération ne souffre de difficultés ! En un mot c'est une méthode de choix. Une seule lui est peut être supérieure : c'est l'ablation large du bubon pratiquée au début et avant que le pus soit collecté. Mais il suffit de dire qu'il s'agit, dans ce cas, d'une véritable opération chirurgicale délicate, pour lui faire préférer pratiquement l'autre méthode.

A l'appui de la méthode de Fontan, diverses statistiques, dont nous avons déjà parlé, ont été publiées par les auteurs qui en ont fait usage.

Dubreuilh et Mallein ont obtenu des résultats fort beaux, qu'ils ont publié dans la Presse Médicale du 11 juillet 1918.

Pour 121 cas traités ils enregistrent 106 succès complets, et simplement 15 insuccès.

Donc, voici une statistique, dont le pourcentage en

insuccès se ramène à 12 p. 100 et le pourcentage en succès à 88 p. 100.

Hudelo et Rabut publient une statistique, que nous avons déjà citée et dans laquelle, sur 17 cas traités, ils ont constaté :

7 cicatrisations en une semaine, dont 3 au 4^e jour.

6 cicatrisations en moins de 15 jours.

1 en trois semaines.

3 insuccès par décollement persistant.

Au total 14 succès et 3 insuccès, soit un pourcentage de 82,3 p. 100 de succès contre 17,7 p. 100 d'insuccès.

Poey, dans sa thèse, donne une statistique recueillie par Audry à Toulouse, et dans laquelle, sur 40^e cas traités, on a obtenu 23 guérisons en une semaine et 17 guérisons en moins de 15 jours. Ici le résultat est absolument parfait.

Nous rappellerons, bien que nous en ayons déjà parlé, la statistique qui fut la première, celle que publia Fontan dans les archives de médecine navale en 1889. Qu'on se reporte au début de ce chapitre et l'on verra que pour 100 cas traités par sa méthode il a obtenu 92,4 succès et 7,6 insuccès. Il compare ces chiffres à ceux obtenus en traitant également 100 cas par d'autres méthodes. Ici, on enregistre 64 succès et 36 insuccès.

Nous voyons, au point de vue échec, 36 o/o d'une part et 7,6 o/o d'autre part. Ces faits se passent de commentaires.

Nous avons nous-mêmes, dans le service du Profes-

seur E. Bodin, pu établir, grâce aux observations qu'il a bien voulu nous communiquer, une statistique un peu plus modeste que la dernière citée, mais qui n'en est pas moins probante. On trouvera les observations en question résumées au chapitre IV de cette étude. Pour le moment voici quelques chiffres, qui nous permettront tout de suite de tirer des conclusions : nous avons traité par la méthode de Fontan 27 malades de bubons chancreux. Les résultats obtenus se décomposent comme suit :

Guérisons :	en moins d'une semaine	14
	en une semaine	7
	en moins de 15 jours	2
	Total	23
Échecs :	par décollement persistant	2
	par production d'un nouveau foyer purulent	1
	cas dans lequel il y a sans doute eu expression défec- tueuse de la vaseline iodoformée (obs. X)	1
	Total	4

Ces chiffres ramenés à 100, donnent une proportion de 85 p. 100 de succès, contre 15 p. 100 d'insuccès.

D'autre part, nous ferons remarquer que la plupart de nos succès : 14 sur un total de 23 ont été obtenus en moins d'une semaine. Le jour qui nous a paru être le plus fréquent est soit le cinquième soit le sixième jour.

Si nous reprenons maintenant, pour nous faire une idée d'ensemble les diverses statistiques que nous venons d'énumérer, nous voyons que, même dans les moins favorables, les cas d'insuccès ne s'élèvent pas au dessus de 18 p. 100.

Nous résumons ceci dans le tableau ci-contre :

	Succès p. 100	Insuccès p. 100
Statistique Fontan	92,5	7,5
Statistique Dubreuilh	88	12
Statistique Hudelo	82,3	17,7
Statistique Aubry	100	0
Statistique Bodin	85	15

Et si pour terminer nous comparons ces résultats avec ceux des autres méthodes, nous sommes frappés par les avantages énormes que donne le procédé de Fontan : chances de guérison presque sûres, d'une part et, d'autre part rapidité très grande de cette guérison, puisque dans notre statistique, la plus grande partie des succès a été obtenue en 5 à 6 jours. Par les autres méthodes on ne pouvait guère se flatter d'obtenir qu'environ 50 p. 100 de succès, et avec quelle lenteur arrivait ce succès, au prix de quels efforts fallait-il l'obtenir ; dans ce nombre la plus grande partie demandait 20 à 30 jours pour guérir.

La méthode de Fontan apparaît donc incontestablement supérieure à toutes les autres méthodes employées : incisions simples, abortives ou autres...

Dans la thèse de Poirson, où il est dit que le traitement des bubons par injections d'une solution d'arséniate de soude donne des résultats tels qu'il mériterait le nom de « traitement spécifique des lésions produites par le bacille de Ducrey » ; la lecture des chiffres donnés pour appuyer cette opinion permet cependant de conclure encore à la supériorité du procédé Fontan.

Il nous semble qu'il suffit de publier les chiffres qui précèdent pour rallier à la méthode de Fontan tous les praticiens qui désirent avoir à leur portée un procédé rapide et sûr, donnant le maximum de chances de guérison dans le minimum de temps.

Avant de clore ce chapitre nous terminerons par un essai d'interprétation de la méthode et nous tâcherons d'expliquer la façon dont elle agit, comment et pourquoi elle permet d'obtenir d'aussi brillants résultats.

Mode d'action. — Interprétation

On pourrait s'étonner à juste titre de la proportion élevée de succès atteints par la méthode que nous venons d'exposer et se demander l'explication de ce fait alors qu'il est parfois si difficile et si long d'obtenir la stérilisation et la cicatrisation d'une adénite suppurée banale.

Le plus souvent, l'adénite est spécifique. Le germe qui la produit est le même que celui qui a occasionné la lésion qu'elle accompagne, et on y retrouve, à l'examen bactériologique le bacille de Ducrey classique.

Nous avons pu pratiquer ces recherches sur un certain nombre de cas que nous publions et dans la plu-

part nous avons pu mettre en évidence le bacille de la chancrelle. Cependant, nous avons remarqué que celui-ci s'y trouve toujours en très petit nombre, si peu abondant parfois qu'on ne le décèle pas de prime abord, au simple examen direct et qu'il faut recourir à la culture. On utilise alors les milieux spéciaux préconisés par Bezançon, Griffon et Le Sourd, et sur gélose sang on arrive à isoler des colonies de bacille de Ducrey.

Cette rareté de bacilles avait fait penser que les adénites dans lesquelles on n'arrivait pas à les déceler étaient stériles.

On sait maintenant qu'il n'en est rien et que cet amicrobisme apparent doit être mis sur le compte des faits que nous venons d'exposer.

Toutes, ou presque toutes les adénites que nous aurons à traiter, sont donc imputables au bacille du chancre mou.

Or ce bacille est très peu résistant aux agents antiseptiques usuels, et, en particulier à l'iodoforme. On connaît la résistance relativement forte qu'offrent les bactéries pyogènes ordinaires aux agents extérieurs. Celle du bacille de Ducrey ne peut lui être comparée. Chétif, il est très rapidement tué par la chaleur, et subit encore plus vite l'action microbicide de l'iodoforme.

Il est maintenant facile de résoudre le problème que nous posons plus haut et d'expliquer pour quoi la méthode de Fontan permet d'obtenir une guérison si rapide des bubons chancrelleux.

Cette explication pathogénique, corroborée par les

constatations cliniques, est encore confirmée par les recherches bactériologiques. Dans celles que nous avons pratiquées nous avons trouvé presque toujours des bacilles de Ducrey, mais en très petit nombre. Or les examens où les germes étaient si restreints, correspondaient justement aux cas cliniques de guérison rapide.

Ces faits viennent étayer l'opinion que nous venons d'émettre. Il reste bien entendu que dans les cas d'adénites suppurée dus aux cocci pyogènes banaux le résultat est tout différent. Ce pansement antiseptique iodoformé, reste inefficace, puisque son action rapide et sûre est la fonction de la très faible résistance du bacille de Ducrey.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

(Ces observations ont été prises dans le service de M. le Professeur E. Bodin. Nous les résumons très rapidement. Le total des cas se monte à 27).

OBSERVATION I

D. F..., 22. Opéré le 19 août 1919 pour adénite inguinale gauche. Guéri en 5 jours.

OBSERVATION II

L. B..., 25. Opéré le 7 octobre 1919 pour adénite inguinale gauche. Les bords restent décollés. Suppuration. Nécessité d'une incision large et pansement à plat, avec iodoforme.

OBSERVATION III

B..., (russe), Bubon inguinal droit. Opéré le 24 septembre 1919. Guéri en une semaine.

OBSERVATION IV

L. D..., 26. Bubon inguinal gauche survenu après guérison de chancre. Opéré le 29 octobre 1919. Mais la vaseline trop consistante empêche la fermeture complète de la poche. Il persiste un léger décollement, et la ligne d'incision n'est pas tout à fait refermée.

OBSERVATION V

H. D..., 29. Bubon inguinal droit. Opéré le 3 novembre 1919, guéri en 5 jours.

OBSERVATION VI

A. L..., 22. Bubon inguinal droit. Opéré le 21 novembre 1919, guéri en 5 jours.

OBSERVATION VII

R. D..., 24. Opéré le 12 décembre 1919 pour bubon inguinal gauche, guérison obtenue le 19.

OBSERVATION VIII

A. R..., 25. Opéré le 23 décembre pour bubon inguinal droit. Le 26 on exprime une certaine quantité de vaseline. Le 27, l'expression est terminée. La suppuration persiste jusqu'au 20 janvier ; mais le pus est fluide et diminue peu à peu. Vers le 15 janvier, formation d'un nouveau foyer purulent, qui nécessite une incision étendue.

OBSERVATION IX

M. P..., 27. Bubon inguinal gauche, opéré le 1^{er} janvier 1920. Cicatrisation le 8 janvier,

OBSERVATION X

S. R..., 22. Présentait deux chancres mous très petits, semblables à deux vésicules d'herpès, qui guérissent en cinq ou six jours. Après la disparition des chancres mous un bubon se constitua.

Opéré le 22 décembre. La vaseline iodoformée est exprimée le 24, mais incomplètement. Le 26, la ligne d'incision est refermée et le lendemain une fusée de pus se propage descendant vers les bourses. On débride à la sonde cannelée la ligne d'incision primitive, et il sort un pus très fluide, accompagné de la vaseline iodoformée demeurée très consistante.

Il semble qu'ici l'expression de la vaseline dans les jours qui suivirent l'opération ait été imparfaite ; elle n'eut lieu qu'une fois.

On lave la cavité à l'éther iodoformé et on passe à plat à la poudre d'iodoforme. La complète guérison se fait le 31 décembre.

OBSERVATION XI

F. R..., 20. Bubon suppuré à gauche. Opéré le 7 septembre 1918. Guérison en 4 jours.

OBSERVATION XII

M. G..., 21. Bubon inguinal gauche. Opéré le 28 février 1920. Guérison en 5 jours.

OBSERVATION XIII

D. S... 24, opéré le 17 février 1920 pour bubon inguinal droit. Cicatrisation complète le 22 février.

OBSERVATION XIV

B. G... 20. Bubon opéré après la cicatrisation du chancre, siégeant à gauche, très profond, très douloureux. Opéré le 7 mars 1920, Cicatrisé le 11 mars.

OBSERVATION XV

L. C... 21. Bubon suppuré de l'aîne droite. Opéré le 19 février 1920. Guérison le 23 février.

OBSERVATION XVI

B. P... 20. Bubon suppuré volumineux de l'aîne gauche. Opéré le 18 avril 1920. Le 13 avril la cicatrisation est complète.

(Le pus retiré est examiné au microscope et amicrobien. La culture reste négative).

OBSERVATION XVII

D. F... 24. Bubon inguinal droit. Opéré le 9 avril 1920. Cicatrisation complète le 14.

Le pus est examiné au microscope montre des bacilles de Ducrey peu abondants. La culture est positive.

OBSERVATION XVIII

L. J.-M. 30. Bubon inguinal droit. Opéré le 3 avril 1920.

Cicatrisation le 15. — Le pus examiné au microscope est amicrobien. La culture est positive.

OBSERVATION XIX

P. H. 20. Bubon inguinal gauche. Opéré le 15 avril 1920.

Guérison en 5 jours.

OBSERVATION XX

S. R. Bubon suppuré gauche. Opéré le 1^{er} mai 1920, guérison le 5 mai.

OBSERVATION XXI

R. D. 27. Chancre mou et bubon suppuré. Opéré le 3 mai, guéri en une semaine.

OBSERVATION XXII

L. J. 21. Bubon suppuré de l'aîne gauche. Opéré le 3 mai, guéri le 11 mai 1920.

OBSERVATION XXIII

S. P. 20. Bubon suppuré de l'aîne gauche. Opéré le 29 mai, guéri 8 jours après.

OBSERVATION XXIV

A. F. 24. Bubon suppuré à droite. Opéré le 15 mai. Cicatrisation obtenue le 22 mai.

OBSERVATION XXV

R. L..., 26. Opéré le 16 mai pour bubon de l'aine droite
Guérison en 7 jours.

OBSERVATION XXVI

L. P..., 22. Opéré le 20 mai. Bubon suppuré de l'aine
gauche. Guéri le 5 juin.

OBSERVATION XXVII

A. J..., Bubon de l'aine gauche. Opéré le 17 mai. Guéri-
son en 15 jours.

Pour toutes ces dernières observations. (Observations
XIV à XXVII) l'examen bactériologique du pus a été prati-
qué. Tous ces examens ont permis de déceler du bacille de
Ducrey, soit par le microscope, soit par la culture.

Dans les deux dernières seulement, celles où les malades
ont mis le plus de temps à guérir, le bacille était relative-
ment assez abondant et se trouvait associé à des germes ba-
naux tels que staphylocoques ou streptocoques.

Donc, cela confirme encore notre opinion que le bubon
chancrelleux opéré par Fontan, guérit vite dans tous les
cas où le bacille de Ducrey est seul et rare ; parce que c'est
un germe facile à détruire.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

De tous les faits qui précèdent nous pouvons conclure que :

— La méthode de Fontan constitue une excellente méthode, de pratique très simple, à la portée de tous.

— qu'elle est sans danger ; même si elle échoue (à la condition d'ouvrir largement) ; qu'elle donne un pourcentage de guérisons rapides, supérieur à celui des autres méthodes.

— qu'elle permet d'avoir le maximum de chances de réussite, dans le minimum de temps.

Vu le Président de Thèse :

JEANSELME.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY. — Précis élémentaire des maladies vénériennes, 1910.

CH. AUBRY ET DURAND. — Sur le bubon et son traitement.
(Archives médicales de Toulouse, 1896).

BALZER. — Maladies vénériennes, in Gilbert et P. Carnot. Traité
de médecine, T. VII.

BEZANÇON, GRIFFON ET LESOURD. — Recherches sur la culture
du bacille de Duvrey. (Annales de dermatologie,
1901).

BONVOISIN. — Des adéno phlegmons iliaques. Thèse de Paris
1909-10.

BROCA. — Traitement des bubons vénériens suppurés. (Bulle-
tin de thérapeutique, 1856).

E. BODIN. — Sur le traitement du bubon chancrélletux par la
méthode de Fontan. Annales de dermatologie et de
syphiligraphie. VI^e série. Tome I 1920, n^o 3 p. 157.

CASTEX. — Les adénites iliaques. Thèse de Paris 1881.

F. CLÉMENT. — Marseille médical 1919.

CLERC. — Complications du bubon (Annales de dermatologie et
de syphiligraphie 1869 n^o 5).

- DUBREUILH ET MALLEIN. — Presse médicale 11 juillet 1918.
- FONTAN. — Archives de médecine navale, 1889.
- FOURNIER. — Article « Bubon » in dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- FOURNIER (Michel). — Sur le traitement du bubon chancrelleux et en particulier de l'extirpation des variétés polyadénopatiques. Toulouse, 1896.
- GALLIA. — De la présence de sensibilatrices dans la sécrétion du chancre mou par la méthode de déviation du complément. (Ann. des maladies vénériennes, 1907.
- GAYMARD. — Des adénites iliaques chancrelleuses et de leur traitement opératoire. Thèse de Paris 1913.
- GOUBEAU. — Traitement du chancre mou et de ses complications. Médecin Français, 15 juillet 1919.
- HENRIC (Gérard). — Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le traitement occlusif. Bordeaux 1894.
- HUDELO ET RABUT. — Presse Médicale, 12 novembre 1919.
- JEANSELME. — Journal des Praticiens n° 40. Octobre 1919.
- J. LE PETIT. — Historique du chancre mou. Thèse de Paris 1913.
- MELCHIOR-ROBERT. — Considération sur l'auto-inoculation du chancre infectant 1862.
- POEY. — Le traitement du bubon chancrelleux par la méthode de Fontan modifiée. Thèse Toulouse, 1919.

POIRSON. — Contribution à l'étude du traitement des chancres mous et du bubon chancrelleux aux armées. Thèse de Paris 1918.

ROLLET. — Article « Bubon » in dictionnaire Dechambre.

SIMON (Clément). — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 17 mars 1916.

THIBIERGE, RAVAUT ET LESOURD. — Le chancre mou expérimental. (Annales de dermatologie 1905).

R. WEISSENBACH. — Traitement du chancre mou et de ses complications (deutsche Médigine Wochenschrift, 1913).

510